

PIANO QUALITÀ 2019-2021



Revisione n. 2 del 16/12/2019

A cura dello Staff Sviluppo Qualità e Comunicazione

Indice

- **Scopo del Piano**
- **Documenti di riferimento**
- **Politica della qualità aziendale**
- **La pianificazione integrata nella Azienda USL Umbria 1**
- **La struttura organizzativa e le risorse umane**
- **Analisi del contesto: analisi SWOT per lo sviluppo del sistema qualità**
- **Linee strategiche prioritarie:**
 1. Valutazione dei processi e degli esiti
 2. Accredimento istituzionale
 3. Appropriatezza e equità delle cure
 4. Gestione integrata del rischio
 5. Formazione per la qualità
- **Risorse economiche**
- **Monitoraggio e valutazione del piano**
- **Lista di distribuzione**

Allegati al Piano Qualità:

Allegato 1- Organigramma staff Sviluppo Qualità e Comunicazione

Allegato 2- Rete Qualità – funzioni

Allegato 3 - Valutazione dei processi e degli esiti

figura 1 – Bersaglio USL Umbria 1 2017

figura 2 – “Pentagramma” dei percorsi 2017

figura 3 a ,b, c, d,e Tree Map Ospedali

SCOPO DEL PIANO

Il Piano Qualità e Comunicazione dell'Azienda USL Umbria 1 è il documento con cui l'azienda definisce le linee strategiche per la qualità per il triennio 2019-2021.

Gli obiettivi specifici e le attività sono definiti annualmente nel piano aziendale delle attività – budget o in appositi progetti di miglioramento.

DOCUMENTI DI RIFERIMENTO

Livello internazionale

I principali orientamenti sulla qualità dei Sistemi Sanitari Nazionali a livello sovranazionale emergono da¹:

- la Carta di Lubiana sulla "Riforma dei sistemi sanitari", approvata il 18 giugno 1996 dall'Ufficio della Regione Europea dell'Organizzazione Mondiale della Sanità
- la Raccomandazione, N.° R (97) 17 del Comitato dei ministri del Consiglio d'Europa "Sullo sviluppo e l'attivazione di sistemi di miglioramento della qualità (SMQ) dell'assistenza sanitaria" adottata il 30 settembre 1997.

Più in generale i fondamenti per lo sviluppo, la gestione ed il miglioramento dei Sistemi Qualità sono rappresentati dalle norme ISO (International Standard Organization), tra le quali in particolare:

- UNI EN ISO 9000:2015 "Sistemi di gestione per la qualità – Fondamenti e vocabolario"
- UNI EN ISO 9001:2015 "Sistemi di gestione per la qualità – Requisiti"
- UNI EN ISO 9004:2009 "Gestire un'organizzazione per il successo durevole – l'approccio della gestione per la qualità"
- UNI EN ISO 19011:2012 – "Linee guida per gli Audit dei sistemi di gestione"

Livello nazionale

Le indicazioni della **politica sanitaria nazionale** individuano nel governo clinico² *l'approccio integrato per assicurare la qualità e la sicurezza delle prestazioni, i migliori risultati possibili in salute e l'uso efficiente delle risorse*. Secondo queste indicazioni un sistema sanitario di qualità deve garantire al contempo: **efficacia, efficienza, sicurezza, tempestività, centralità del paziente ed equità**, perché il miglioramento della qualità richiede un approccio di "sistema", da realizzare tramite l'integrazione di tutti determinanti:

¹ Ministero della sanità - Dipartimento della Programmazione: "QUALITA' E SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE: Riferimenti e documentazione" in http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_28_allegato.pdf

² http://www.salute.gov.it/portale/temi/p2_6.jsp?lingua=italiano&id=232&area=qualita&menu=qualita

- Medicina basata sull'Evidenza;
- Linee guida cliniche e percorsi assistenziali;
- Audit clinico;
- Gestione del rischio clinico;
- Comunicazione e gestione della documentazione;
- Coinvolgimento dei pazienti
- Gestione dei reclami e dei contenziosi;
- Formazione continua;
- Collaborazione multidisciplinare;
- Valutazione del personale;
- Ricerca e sviluppo;
- Valutazione degli esiti.

Tutti aspetti questi che trovano riscontro nei recenti documenti di programmazione nazionale, che assumono la qualità e la sicurezza delle cure come orizzonte prioritario di riferimento:

- il DM n. 70 del 02/04/2015³, che al punto 5 dell'allegato 1 individua gli standard di qualità ospedalieri facendo riferimento ad un modello di governo clinico inteso come: *"...documentata e formalizzata presenza di sistemi o attività' di Gestione del rischio clinico; Medicina basata sulle evidenze e Valutazione delle tecnologie Sanitarie; Valutazione e miglioramento continuo delle attività' cliniche; Documentazione sanitaria, Comunicazione, Informazione e partecipazione del cittadino/paziente; Formazione continua del personale."*
- Il Patto per la Salute per gli anni 2014-2016⁴
- il DPCM 12/01/2017 *"Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, di cui all'articolo 1, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502"*⁵.

Inoltre a livello nazionale, gli atti che hanno dato impulso alla **revisione dei sistemi di accreditamento istituzionale** dei servizi sanitari e socio-sanitari sono :

- l'Intesa Stato-Regioni del 20 dicembre 2012⁶ (Resp. Atti n. 259/CSR) concernente il documento "Disciplinare sulla revisione della normativa dell'Accreditamento" in attuazione dell'art 7, comma 1, del nuovo Patto per la salute 2010-2012 (Intesa Resp. Atti n. 2648 del 03-12-2009);
- l'Intesa del 19 febbraio 2015⁷, ai sensi dell'articolo 8, comma 6, della legge 5 giugno 2003, n. 131 tra il Governo, le Regioni e le Province autonome in materia di adempimenti relativi all'accREDITamento delle strutture sanitarie (Rep. n. 32/CSR del 19/02/2015);

³ http://www.salute.gov.it/portale/news/p3_2_1_1_1.jsp?lingua=italiano&menu=notizie&p=dalministero&id=2102

⁴ http://www.statoregioni.it/Documenti/DOC_044351_82%20CSR%20PUNTO%20%2016%20ODG.pdf

⁵ <http://www.gazzettaufficiale.it/eli/id/2017/03/18/17A02015/sg>

⁶ http://www.statoregioni.it/Documenti/DOC_038866_259%20csr%20-%204.pdf

⁷ http://www.agenas.it/images/agenas/accreditamento/Intesa_Accreditamento_19_02_2015.pdf

- i Manuali per l'accreditamento istituzionale sviluppati da AGENAS⁸, che declinano nel “Disciplinare tecnico” del 2012 i requisiti e le evidenze per le diverse tipologie di strutture: ospedaliera, di assistenza territoriale extra-ospedaliera, specialistiche ambulatoriali, di medicina di laboratorio.

Livello regionale

La Legge Regionale n. 18 del 12/11/2012 di Ordinamento del Servizio Sanitario Regionale⁹ richiama principi di rilevante importanza per la qualità:

- art. 1 Oggetto, finalità e principi: *...Il Servizio sanitario regionale si informa al principio della centralità della persona, della comunità e della valorizzazione del ruolo e responsabilità degli operatori sanitari per la promozione della qualità.*
 - art. 5 Principi generali...: *...le aziende sanitarie regionali pianificano le attività ed i servizi sulla base di percorsi assistenziali in grado di assicurare la continuità delle cure, attraverso un modello integrato tra servizi territoriali e servizi ospedalieri e devono garantire il coordinamento delle prestazioni correlate alle condizioni di salute del singolo, attraverso l'integrazione degli operatori, con l'obiettivo di dare una risposta appropriata sia in termini di qualità che di compatibilità con le risorse disponibili*
 - art. 21 Collegio di direzione: *... concorre allo sviluppo organizzativo e gestionale delle aziende, con particolare riferimento all'individuazione di indicatori di risultato clinico - assistenziale e di efficienza, nonché dei requisiti di appropriatezza e di qualità delle prestazioni.*
 - art. 42 Informazione, partecipazione e tutela dei diritti dei cittadini: *...ciascuna azienda sanitaria regionale introduce forme di valutazione della qualità, dell'efficienza, dell'efficacia e dell'equità del sistema sanitario, coinvolgendo direttamente i cittadini attraverso lo strumento degli audit civici.*
- Art. 49 Accreditoamento istituzionale: *L'accreditoamento istituzionale ... è rilasciato nel rispetto dei seguenti criteri:.. presenza di un idoneo sistema per il controllo ed il miglioramento continuo della qualità.*

In attesa dell'emanazione del prossimo Piano Sanitario Regionale si sottolinea che nella pregressa pianificazione¹⁰, anch'essa orientata all'ottica del governo clinico, si prevedeva che le aziende sanitarie adottassero un programma aziendale per il miglioramento della qualità dell'assistenza, approvato dal Direttore Generale e attuato sotto il coordinamento della Direzione Sanitaria aziendale e che identificassero un insieme integrato di misure per il monitoraggio di tale programma, per misurare i progressi fatti nelle diverse aree e valutare i risultati.

In materia di accreditoamento istituzionale la Regione dell'Umbria ha recepito le procedure ed i requisiti stabiliti dall'Intesa della Conferenza Unificata Stato-Regioni

⁸ <http://www.agenas.it/primo-piano/manuali-per-accreditoamento-istituzionale>

⁹ http://leggi.crumbria.it/mostra_atto.php?id=64615&v=FI,TE,IS,VE,SA&datafine=20140501&m=5

¹⁰ [Piano sanitario regionale 2009-2011](#)

del 19/2/2015, con l'adozione della **Regolamento regionale 26 settembre 2018, n. 10: "Disciplina in materia di accreditamento istituzionale delle strutture sanitarie e socio sanitarie pubbliche e private"** pubblicato nel B.U.R. Regione Umbria del 3 ottobre 2018 ¹¹.

Livello aziendale

I principi che indirizzano la politica della qualità aziendale sono declinati nell'Atto aziendale¹², che definisce la **missione** dell'Azienda USL Umbria n.1, che consiste nel *"promuovere e tutelare la salute degli individui e della collettività che vive e lavora nel suo territorio, nell'ambito delle indicazioni normative e programmatiche nazionali e regionali"*. Nell'adempiere alla sua missione istituzionale l'Azienda si ispira ai seguenti **principi**:

- efficacia delle prestazioni erogate;
- equità di accesso alle prestazioni efficaci;
- trasparenza e miglioramento condiviso della qualità;
- efficienza organizzativa e produttiva;
- coinvolgimento degli operatori nella responsabilizzazione al risultato;
- soddisfazione dei cittadini/utenti;
- continua crescita professionale degli operatori;
- salvaguardia dell'ambiente di lavoro e naturale.

Tali principi improntano la politica della qualità aziendale, comunicata ai cittadini mediante la carta dei servizi.

¹¹ <http://www2.regione.umbria.it/bollettini/download.aspx?doc=181003A50SO1.pdf&t=so&p=1&show=true>

¹² <http://www.uslumbria1.gov.it/media/atti-general>

La carta dei servizi aziendale¹³ è il documento in cui l'Azienda USL Umbria 1 esplicita la **politica della qualità e gli impegni** assunti nei confronti dei cittadini, sotto riportati in sintesi:

Promozione della salute e prevenzione

- Azienda e operatori promotori di salute
- Promozione di corretti stili di vita (attività motoria, alimentazione, alcol, fumo)
- Contrasto dell'obesità e dei disturbi del comportamento alimentare
- Promozione della salute in gravidanza e allattamento al seno
- Promozione della medicina di genere
- Prevenzione individuale (vaccinazioni, screening oncologici e neonatali, etc)
- Prevenzione collettiva in ambiente di vita e di lavoro.

Informazione, comunicazione e trasparenza

- garanzia di informazione
- dovere informativo e consenso informato
- dovere di rilascio del referto
- privacy e riservatezza
- trasparenza

Accessibilità alle strutture, comfort, igiene e sicurezza

- facilitazione all'accesso
- abbattimento delle barriere architettoniche
- garanzia alle cure pulite e sicure

Accessibilità alle prestazioni, equità e tempestività

- gestione dei tempi di attesa
- collaborazione con numero verde gratuito 800.63.63.63 per prenotazioni /informazioni sull'accesso ai servizi
- servizi CUP per prenotazioni e pagamenti allo sportello, telefoniche e on-line
- referti on-line
- accesso alla documentazione

Tutela e ascolto

- gestione dei reclami
- rilevazione della qualità
- ascolto e relazioni con i rappresentanti dei cittadini

Accoglienza, aspetti relazionali e umanizzazione

- accoglienza
- riconoscibilità
- comfort

¹³ <http://www.uslumbria1.gov.it/pagine/carta-dei-servizi-aziendale>

- counseling
- supporto da parte dei familiari o altre figure (badanti, volontariato...)
- mediazione nel rispetto per le diversità culturali
- gestione del dolore
- umanizzazione dell'assistenza e delle cure

Percorsi clinici ed assistenziali

- efficacia
- integrazione
- sicurezza e appropriatezza
- continuità delle cure

Valutazione standard di qualità

- accreditamento istituzionale
- valutazione performance ed esiti
- valutazione del rischio clinico
- raccolta ed analisi di segnalazioni e reclami
- piani di miglioramento per indagini sulla qualità percepita
- progetti di audit civico e di empowerment del città
- formazione del personale

LA PIANIFICAZIONE INTEGRATA NELLA AZIENDA USL UMBRIA 1

La programmazione delle attività (vedi anche *Il ciclo di programmazione e controllo* a pag 16 della relazione sulle performance¹⁴ e le linee guida e schede di budget¹⁵) utilizza un modello “circolare” basato sull’ integrazione tra gli indirizzi emanati dalla Direzione Aziendale - tenuto conto delle direttive nazionali e regionali - e le proposte tecniche formulate dal nucleo operativo; un modello che:

- favorisce una diffusa responsabilizzazione, unico vero collante tra le strategie elaborate dalla direzione generale e le scelte operative poste in essere dai singoli professionisti;
- obbliga i professionisti ad esplicitare i loro più rilevanti comportamenti operativi, riducendo la autoreferenzialità e permettendo alla Direzione Aziendale di verificarne la congruità e la coerenza rispetto alle strategie aziendali.

La programmazione si realizza attraverso i principali strumenti:

- ✓ **Bilancio di Previsione**
- ✓ **Piano triennale degli Investimenti;**
- ✓ **Programma annuale di attività dei dipartimenti, delle strutture e dei servizi (Budget);**

¹⁴ <http://www.uslumbria1.gov.it/amministrazione-trasparente/relazione-sulla-performance>

¹⁵ <http://www.uslumbria1.gov.it/notizie/linee-guida-al-budget>
<http://intranet.uslumbria1.it/index.php/modulistica/category/289-schede-di-budget-2018>

- ✓ **Accordi ed i Contratti con le strutture sanitarie erogatrici**, pubbliche e private accreditate;
- ✓ **Accordi con i medici convenzionati.**

In questo sistema di programmazione si inserisce il presente Piano Qualità triennale, orientato ad un approccio integrato con tutti gli strumenti di pianificazione aziendale (vedi documenti in nota¹⁶) ; in primo luogo con:

- il Piano annuale d'attività-Budget
- il Piano per la Sicurezza delle cure e la Gestione del Rischio clinico
- il Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (PTPCT)
- il Piano della Formazione
- il Piano Comunicazione

LA STRUTTURA ORGANIZZATIVA E LE RISORSE UMANE

Per una sintetica descrizione dell'organizzazione aziendale si rimanda allo specifico capitolo della Relazione annuale in <http://www.uslumbria1.gov.it/amministrazione-trasparente/relazione-sulla-performance> (pag 13) e all'organigramma rappresentato in <http://www.uslumbria1.gov.it/pagine/organizzazione-000>.

L'articolazione delle risorse umane per la qualità, la comunicazione e la sicurezza delle cure è incardinata in tutto l'impianto organizzativo aziendale, poiché **tali funzioni sono insite nel ruolo delle figure che sono titolari di responsabilità direzionali, organizzative e/o di coordinamento a tutti i livelli,**

Ma per sostenere queste attività l'Azienda USL Umbria 1 si avvale anche di servizi e **personale dedicato** (Staff Sviluppo Qualità e Comunicazione SQC) **o funzionalmente individuato** (rete Qualità e team di auditor interni) come descritto di seguito.

Lo staff SQC ha il mandato di supportare la Direzione nella definizione delle politiche aziendali sulla qualità e la comunicazione ed è lo strumento attraverso il quale la Direzione Aziendale promuove la qualità e la comunicazione.

Per le funzioni e l'articolazione organizzativa per la comunicazione si veda il Piano Comunicazione 2019-2021

Lo staff SQC, per l'area Qualità:

A) ha **funzioni di riferimento e supporto tecnico e metodologico** aziendale mediante:

¹⁶ <http://www.uslumbria1.gov.it/pagine/atti-e-documenti-000>

- 1) l'individuazione di obiettivi per la qualità definiti dal budget annuale e dei criteri ed indicatori per il monitoraggio dell'andamento dei risultati
- 2) i percorsi di adeguamento di servizi/strutture ai fini dell'accreditamento, coordinando le attività di accreditamento istituzionale o volontario e/o d'eccellenza nei servizi individuati dalla programmazione aziendale e verificando l'applicazione degli specifici requisiti individuati a livello regionale
- 3) la realizzazione di attività volte ad assicurare, valutare e a migliorare la qualità professionale e organizzativa con:
 - la definizione di documenti di pianificazione di processi ed attività a livello aziendale (procedure generali, PDTA ecc)
 - il coordinamento della rete aziendale della Qualità e degli auditor interni, nonché di "gruppi di miglioramento" per la realizzazione di progetti specifici;
- 4) la promozione ed il coordinamento di indagini volte a rilevare bisogni e livelli di soddisfazione degli utenti e dei programmi di miglioramento conseguenti

B) si avvale delle seguenti figure professionali (vedi anche organigramma/funzionigramma in allegato):

- o **Dirigente Medico Responsabile dello staff SQC**
- o **IPAS Qualità** - *Dirigente Medico con Incarico Professionale di Alta Specialità*
- o **Incarico di professionista esperto funzione Qualità ed Accredimento**
collaboratore professionale sanitario senior – infermiere
- o **altro professionista sanitario dedicato**, da individuare con apposita procedura stabilita dalla Direzione aziendale

Rete Qualità costituita da **RGQ** (Responsabili Gestione Qualità) e **FQ** (Facilitatori Qualità), per facilitare la gestione ed implementazione del Sistema Qualità in tutte le articolazioni organizzative aziendali, a supporto dei Responsabili dei Dipartimenti/Distretti e dei Servizi.

Team di auditor interni¹⁷, che saranno individuati all'interno di ciascuna macrostruttura in accordo con lo staff SQC, che effettueranno audit interni scambievoli, in base ad un programma annuale concordato con lo staff stesso e le Direzioni delle macrostrutture.

L'individuazione dei professionisti della Rete Qualità e del Team di auditor interni sarà effettuata dai Responsabili delle Macrostrutture in accordo con lo staff Sviluppo Qualità e Comunicazione. Lo svolgimento di queste funzioni sarà inserito fra gli obiettivi individuali annuali¹⁸ sui quali i professionisti indicati saranno valutati ed incentivati (vedi Criteri ed funzioni Rete Qualità in allegato 2)

¹⁷ Operatori formati che hanno partecipato a corsi per audit interni organizzati dall'USL Umbria 1 o operatori qualificati in quanto iscritti nell'apposito elenco regionale degli auditor per l'accREDITAMENTO istituzionale regionale

¹⁸ Art 5 del Regolamento del Sistema aziendale di misurazione e valutazione della performance individuale del personale della AZIENDA USL UMBRIA 1 - DDG n. 564 del 19.04.2017

ANALISI DEL CONTESTO

Il territorio della USL Umbria 1 e le caratteristiche demografiche della popolazione assistita sono descritti nella Relazione sanitaria aziendale¹⁹, dove è descritta anche l'organizzazione dell'azienda.

Le performance aziendali, presentate in dettaglio dalla relazione stessa, sono analizzate nella prospettiva della qualità e della comunicazione ai capitoli specifici della sopracitata Relazione²⁰ ed al paragrafo che segue (Valutazione dei processi e degli esiti nel presente Piano e relativa appendice 1).

Tenuto conto di quanto sopra, **l'analisi del contesto aziendale²¹ nella prospettiva del sistema qualità** è schematizzata nello schema SWOT (Strengths, Weaknesses, Opportunities and Threats) che segue.

¹⁹ <http://www.uslumbria1.gov.it/amministrazione-trasparente/relazione-sulla-performance>:

- pag 7-11 Il Territorio e le caratteristiche demografiche della popolazione assistita
- pag 14-15 L'organizzazione dell'Azienda

²⁰ <http://www.uslumbria1.gov.it/amministrazione-trasparente/relazione-sulla-performance>:

- pag 137-149

²¹ DGR N. 1639 del 28/12/2016 Accreditamento istituzionale delle strutture sanitarie e socio-sanitarie. Nuovo regolamento e dei nuovi criteri...., punto 1.1.03 Politica, Pianificazione Strategica, Obiettivi :

Nel pianificare il proprio sistema di gestione l'organizzazione deve tener conto del suo contesto (fattori interni ed esterni rilevanti per le sue finalità e indirizzi strategici), delle esigenze e aspettative della parti interessate e determinare rischi e opportunità che è necessario affrontare per: fornire assicurazione che il sistema di gestione possa conseguire i risultati attesi, accrescere gli effetti desiderati, prevenire o contenere gli effetti indesiderati, conseguire il miglioramento

ANALISI DI CONTESTO PER LO SVILUPPO DELLA QUALITÀ NELL'USL UMBRIA 1			
SWOT - punti di forza e di debolezza, opportunità e minacce -			
		carattere del fattore	
		POSITIVO	NEGATIVO
origine del fattore	INTERNO	Punti di Forza (S) - personale motivato e competente - buona collaborazione con le figure chiave degli staff e dei servizi - sistema di accreditamento rodato - obiettivi qualità nel budget - sistemi di monitoraggio rodati - informatizzazione di molti processi chiave ²²	Punti di debolezza (W) - dimensioni aziendale - complessità aziendale - scarsa consapevolezza della cogenza e del valore aggiunto dell'accREDITamento istituzionale - scarse risorse umane dedicate alla Qualità - non individuazione formale rete Q aziendale - gestione prevalentemente cartacea dei documenti e delle evidenze del SQ
	ESTERNO	Opportunità (O): - orientamento alla digitalizzazione - applicazione nuovo modello di accreditamento all'intera azienda - input delle associazioni per progetti di valutazione e miglioramento delle qualità	Minacce (T): - nuovo sistema accreditamento regionale complesso - sistema documentale per la qualità molto articolato e quindi difficile da tenere sotto controllo

In base a tali elementi il piano di sviluppo della qualità per il triennio 2018-2010 è guidato dalle linee strategiche e dagli obiettivi operativi riportati di seguito.

LINEE STRATEGICHE PRIORITARIE PER LA QUALITÀ

1. Valutazione dei processi e degli esiti
2. Accreditamento istituzionale
3. Appropriatelyzza, equità ed umanizzazione
4. Gestione integrata del rischio integrata
5. Formazione

²² SDO – Scheda Dimissione Ospedaliera e CCE – Cartella Clinica elettronica, Cartelle informatizzate di Pronto Soccorso e delle Attività Chirurgiche (ORMAWEB), Sistemi informatizzati della diagnostica (RIS e LIS), Informatizzazione di Dimissioni Protette, Assistenza domiciliare e Residenze Sanitarie Assistenziali e Residenze protette (Atlante), Salute Mentale, CUP (centri Unificati Prenotazione) ecc.

1. Valutazione dei Processi e degli Esiti

L'Intesa Stato Regioni del 20.12.2012 sull'accreditamento istituzionale, al requisito 1.5 *Modalità di valutazione della qualità dei servizi* afferma che:

- la valutazione della qualità (di struttura, di processo e di esito) aiuta l'organizzazione a migliorare l'assistenza, a ridurre i rischi ed a ottimizzare l'efficienza e l'utilizzo delle risorse;
- dovrebbe essere multidimensionale (in termini di efficacia, appropriatezza, sicurezza, equità, efficienza, soddisfazione degli utenti), sistematica e strutturata, per migliorare le performance dei processi clinici e manageriali;
- le attività di valutazione interna si dovrebbero completare con quelle di valutazione esterna.

L'Azienda USL Umbria 1 fa riferimento, nei propri processi di programmazione e rendicontazione, a vari sistemi di valutazione interna (I) ed esterna (E), da cui emergono dati/informazioni che orientano la pianificazione della qualità aziendale:

1. **indicatori di qualità nel budget** annuale e altri dati derivanti dalla valutazione di processi e procedure aziendali (I)
2. **indicatori del Sistema di Valutazione della Performance** dei Sistemi Sanitari Regionali del MES (Laboratorio di Management in Sanità) dell'Università Sant'Anna di Pisa (E)
3. **indicatori del PNE** (Piano Nazionale Esiti) di AGENAS (E)

I sistemi di valutazione (e i relativi set di indicatori) rilevanti ai fini della valutazione interna ed esterna della qualità nell'Azienda USL Umbria 1 sono descritti nell'appendice 1, dove sono affrontati anche i risultati più rilevanti che emergono dalla valutazione esterna effettuata con il **Sistema di Valutazione della Performance** dei Sistemi Sanitari Regionali del MES e con il **PNE** (Piano Nazionale Esiti) di AGENAS.

Invece, per la valutazione del raggiungimento degli obiettivi di qualità e comunicazione nel piano annuale d'attività- budget si rimanda agli specifici capitoli della Relazione sanitaria annuale.²³

Lo sviluppo della consuetudine e della “confidenza” all'uso appropriato di questi dati ai fini della valutazione e del miglioramento della qualità, rappresenta una delle linee strategiche prioritarie dell'Azienda USL Umbria 1, che si concretizza nelle seguenti azioni.

²³ [Relazione Sanitaria Anno 2017](#) pag 18-21

	AZIONI
Valutazione dei Processi e degli Esiti	1. Integrare gli indicatori dei sistemi di valutazione interna ed esterna della qualità sia nella pianificazione dei processi aziendali (cfr: Standard di Prodotto/Servizio delle strutture accreditate), sia nel ciclo di programmazione annuale (cfr: budget delle strutture operative), nonché nei sistemi premianti aziendali. 2. Sviluppare la cultura dell'ICT (Information Technology Communication) implementando progetti adeguati alle esigenze aziendali e formando il personale all'utilizzo 3. Presidiare costantemente la qualità dei dati dei sistemi informativi aziendali che alimentano i sistemi di valutazione interna (indicatori di budget ecc.) ed esterna (MES, PNE), con particolare riferimento alla verifica della qualità dei dati del percorso del paziente chirurgico (ORMAWEB, CCE) 4. Sviluppare la cultura della valutazione/miglioramento della qualità e della valutazione del rischio, diffondendo i risultati delle valutazioni e monitorando il raggiungimento degli obiettivi del piano Sanitario Regionale di prossima adozione 5. Realizzare <u>progetti di miglioramento</u> con le metodologie del PDCA (PLAN DO CHECK ACT: Pianificare, Eseguire quanto pianificato, Controllare, Agire per consolidare o per migliorare) <u>sulle principali criticità evidenziate dai dati MES e PNE (vedi appendice 1).</u> In base alle criticità evidenziate dall'analisi dei dati del Sistema di Valutazione MES e del PNE, i progetti di miglioramento nel triennio 2019-2021 sono: 5.1 <i>implementare un appropriata gestione del dolore rendendo operativo il Comitato Ospedale-Territorio senza dolore, per lo sviluppo di progetti di valutazione e formazione specifici</i> 5.2 <i>rendere omogenei i criteri di inserimento delle informazioni nel Sistema Atlante relative alla valutazione multidimensionale e presa in carico per cure palliative istituendo un gruppo di lavoro ad hoc</i> 5.3 <i>analisi organizzativa della gestione delle cure palliative (bisogni e risorse) coinvolgendo anche le associazioni dei pazienti, programmando appositi incontri con le direzioni di distretto ed i professionisti del settore</i> 5.4 <i>promozione dell'appropriatezza prescrittiva di farmaci (antibiotici ecc.) e esami specialistici (Risonanza Magnetica ecc.) realizzando di incontri formativi con MMG e specialisti ospedalieri ed ambulatoriali sui criteri di appropriatezza</i> 5.5 <i>audit sulla qualità dei dati ed ove opportuno progetti di audit clinico nei presidi dove sono segnalati scostamenti dai valori medi nazionali PNE (in base ai dati pubblicati nel 2017: mortalità per scompenso cardiaco entro 30 gg; ricoveri > 3 gg in colecistectomia laparoscopica; interventi di resezione entro 120 gg per TM mammella; complicanze durante il parto e il puerperio nel parto naturale e nel parto cesareo)</i>

2. Accredитamento Istituzionale

L'Accreditamento rappresenta uno strumento di promozione del miglioramento continuo della qualità dei servizi e delle prestazioni, dell'efficacia e dell'appropriatezza nella pratica clinica e nelle scelte organizzative, nonché nell'uso delle risorse.

Il **sistema di Accredитamento Istituzionale della Regione dell'Umbria** è stato adottato in attuazione dell'Intesa della Conferenza Unificata Stato-Regioni del 19/2/2015 col Regolamento regionale 26 settembre 2018, n. 10²⁴.

Il nuovo regolamento introduce novità significative:

- **nuovi requisiti** di accreditamento, **sia generali sia specifici** relativi ai principali processi organizzativi di tipo sanitario e socio-sanitario, che si applicano alle Strutture sanitarie e socio-sanitarie pubbliche nella loro interezza
- **modifiche al procedimento** per il rilascio dell'accreditamento:
 - a) le strutture sanitarie e socio-sanitarie pubbliche sono tenute ad attivare la procedura di Accredитamento Istituzionale entro 90 gg dal rilascio di ogni nuova autorizzazione all'esercizio
 - c) per l'accreditamento il nuovo regolamento prevede 2 tipi di audit:
 - audit preliminare, facoltativo, esteso a tutti i requisiti generali verificati presso la Direzione Aziendale ed i servizi di supporto ed a tutti i requisiti specifici, verificati presso almeno il 20% delle Unità Operative/Articolazioni Organizzative interessate;
 - audit di accreditamento esteso a tutti i requisiti generali, verificati presso la Direzione Aziendale ed i servizi di supporto, ed a tutti i requisiti specifici, verificati presso almeno il 60% delle Unità Operative/Articolazioni Organizzative interessate.
 - d) l'Accreditamento Istituzionale è soggetto a verifica triennale di mantenimento, previa presentazione di apposita istanza da parte del titolare della struttura accreditata.

Pertanto per il triennio 2019-2021 la pianificazione dell'accreditamento istituzionale (fatti salvi i tempi di istituzione dell'OTAR - Organismo Tecnicamente Accreditante della Regione Umbria-), deve tenere conto dell'impegno, organizzativo e di tempo/lavoro, per l'allineamento ai nuovi requisiti, richiesto sia alla Direzione aziendale sia alle Unità Operative/Articolazioni Organizzative interessate.

Un quadro complessivo del numero e della complessa articolazione dei servizi accreditabili si desume dalla articolazione dei Centri di responsabilità aziendali descritta nelle Linee guida al budget²⁵.

Nel 2017 i centri di responsabilità coinvolti nella verifica della rispondenza ai requisiti di accreditamento in toto sono 150, di cui 61 ospedalieri, 57 distrettuali, 8 del

²⁴ https://welforum.it/wp-content/uploads/2018/10/Umbria_RR_10_2018.pdf

²⁵ Pag 6-8 Linee guida al budget 2018 in <http://www.uslumbria1.gov.it/notizie/linee-guida-al-budget>

Dipartimento Salute Mentale, oltre a 22 servizi di staff e di area centrale ed 8 strutture complesse nel Dipartimento di Prevenzione. I

Lo sviluppo del processo di accreditamento è una delle linee strategiche prioritarie, in quanto rappresenta un potente strumento di “governance” utile a standardizzare l’organizzazione e il modo di lavorare delle strutture, nonché a stimolare il miglioramento ed a riconoscere/valorizzare la qualità delle performance e dei risultati, che si concretizza nelle seguenti azioni.

	AZIONI
Accreditamento istituzionale	1. definizione ed attuazione di un cronoprogramma²⁶ per il conseguimento, entro il triennio di vigenza del piano, dell’accreditamento istituzionale dell’Azienda USL Umbria 1 in base al nuovo regolamento regionale 2. estensione della Rete Qualità a tutti i servizi da accreditare, per favorire il processo di accreditamento 3. supporto tecnico a progetti di accreditamento professionale o d’eccellenza approvati dalla Direzione Aziendale 4. revisione del Vademecum per l’accreditamento istituzionale (DDG n. 68/2014) 5. stesura o revisione di Procedure Generali (PGS, PGA) e PDTA aziendali, nonché orientamento metodologico per la stesura di procedure operative o istruzioni nei servizi 6. predisposizione di un piano di verifica ed implementazione delle procedure adottate, per dare più sistematicità alle attività di monitoraggio di processi e procedure aziendali 7. pianificazione di audit interni per la verifica e la manutenzione del Sistema Qualità dei servizi e per lo sviluppo delle competenze del team degli auditor interni 8. sviluppo di un progetto di digitalizzazione della gestione dei documenti del Sistema Qualità aziendale e dei servizi 9. programmazione e realizzazione di percorsi di formazione sul campo rivolti ai servizi del Nucleo Operativo ed agli staff, per sostenere lo sviluppo di un SQ aziendale conforme ai nuovi requisiti di accreditamento istituzionale (Vedi Piani Formativi annuali)

²⁶ La declinazione del cronoprogramma dell’accreditamento istituzionale nel triennio 2018-2020 sarà sviluppata in accordo l’ufficio regionale e con l’OTAR (Organismo Tecnicamente Accreditante Regionale), che deve essere istituito dalla Giunta Regionale entro 60 giorni dall’approvazione del nuovo regolamento.

Il cronoprogramma terrà conto degli elementi di contesto citati sopra e del numero di UO da verificare, nonché dei servizi già accreditati e dello stato delle autorizzazioni all’esercizio della strutture.

3. Appropriatelyzza, Equità e Umanizzazione

L'Azienda USL Umbria 1 è da anni impegnata, su input nazionale e regionale, a migliorare l'appropriatelyzza e tempestività delle cure e ad assicurare l'equo accesso all'assistenza di tutti i cittadini.

Questo soprattutto attraverso l'inserimento sistematico nel piano annuale d'attività – budget di obiettivi finalizzati a :

- promuovere l'appropriatelyzza e la sicurezza delle cure con adesione a linee guida e protocolli diagnostico-terapeutici o procedure basati sull'evidenza scientifica, anche mediante una adeguata gestione delle documentazione clinica (cartella informatizzata) e dell'informazione consapevole del paziente (consenso informato)
- migliorare l'appropriatelyzza della ricovero in area medica, chirurgica e riabilitativa, sia promuovendo l'utilizzo di specifici setting assistenziali (es: day surgery/hospital, osservazione breve, interventi ambulatoriali, Stroke unit, Breast Unit); sia favorendo il recupero funzionale e la riduzione delle complicanze e disabilità con adesione a specifiche procedure (es: chirurgia mini-invasiva, gestione del dolore, prevenzione di cadute e lesioni da pressione, prevenzione di infezioni ospedaliere e complicanze trombo-emboliche ecc.)
- favorire l'umanizzazione dell'assistenza curando l'accoglienza/la relazione col paziente e mettendo il paziente al centro del processo di cura, tramite la presa in carico globale degli aspetti fisici, psicologici, relazionali e sociali

	AZIONI
Appropriatelyzza, Equità e Umanizzazione	1. Includere obiettivi di appropriatelyzza, equità/tempestività e umanizzazione della cure nel piano d'attività annuale-budget 2. Rafforzare il sistema premiante valorizzando i buoni risultati ottenuti in questi ambiti 3. Dare evidenza ai risultati ottenuti (<i>festeggiamo il successo !!!</i>) diffondendoli pubblicamente ed organizzando eventi di comunicazione al pubblico ed agli stakeholders 4. Mettere a fuoco le criticità ancora presenti, analizzandole e progettando attività di miglioramento con le metodologie e gli strumenti del PDCA (PLAN DO CHECK ACT) (vedi obiettivi del paragrafo 1 Valutazione dei processi e degli esiti)

4. Gestione del Rischio

La nuova norma ISO 9001:2015 “Sistemi di gestione per la qualità” afferma che il **risk-based thinking** (pensiero basato sul rischio) è essenziale per il conseguimento di un efficace sistema di gestione della qualità. Il punto 6.1 della suddetta norma ISO, relativo alle azioni per affrontare rischi e opportunità, richiede che l’organizzazione riconosca i rischi e le opportunità rilevanti e definisca azioni, obiettivi e piani per affrontarli, integrando e attuando tali azioni nei processi del Sistema Qualità ed infine valutandone l’efficacia. Il nuovo regolamento di accreditamento regionale fornisce indirizzi in tal senso ai requisiti 1.03²⁷ e 6.1²⁸

Dal punto di vista operativo nell’Azienda USL Umbria 1, la dimensione della gestione del rischio (delle cure, del personale e degli ambienti di lavoro, informatico, di riservatezza dei documenti, di corruzione ecc.) si concretizza in primo luogo in linee d’intervento che coinvolgono i servizi di staff²⁹ ed i servizi amministrativi³⁰. Gli obiettivi e le azioni programmate in questo campo sono esplicitati da specifici documenti di pianificazione a cui si rimanda:

- Piano di attività per la gestione del rischio clinico
- DVR (Documenti di Valutazione del Rischio) e relativi piani (proposti dal Servizio Sicurezza Aziendale)
- Piano triennale per la prevenzione della corruzione e della trasparenza
- Documenti per la sicurezza informatica e per la protezione della privacy

Tutti questi documenti sono di norma fondati sulla mappatura dei rischi (es: rischio clinico³¹, rischio di corruzione³², rischi per la sicurezza dei lavoratori, rischio informatico, rischio di violazione della privacy ecc.) e sulla conseguente pianificazione periodica di obiettivi ed azioni per affrontarli.

In secondo luogo nel processo di accreditamento, proprio assumendo l’approccio dell’analisi dei rischi/opportunità, è stato individuato come principale documento di pianificazione del sistema qualità dei servizi lo strumento “Standard di servizio”, nel quale sono descritte le regole per affrontare rischi e opportunità, al fine di raggiungere gli obiettivi definiti nella politica delle strutture in coerenza con il mandato aziendale ad esse attribuito.

²⁷ Requisito 1.03 Nel pianificare il proprio sistema di gestione l’organizzazione deve tener conto del suo contesto (*fattori interni ed esterni rilevanti per le sue finalità e indirizzi strategici*), delle esigenze e aspettative della parti interessate e determinare rischi e opportunità che necessario affrontare per: - fornire assicurazione che il sistema di gestione possa conseguire i risultati attesi, - accrescere gli effetti desiderati, - prevenire o contenere gli effetti indesiderati - conseguire il miglioramento

²⁸ Requisito 6.2.01 L’organizzazione deve definire in **modo documentato** responsabilità, criteri e risorse per la gestione integrata del rischio ambientale (es. *eventi catastrofici*), rischio operatore (es. *rischio fisico, chimico, biologico*) e rischio paziente (es. *rischio clinico*) che comprenda anche la prevenzione ed il controllo delle infezioni correlate all’assistenza

²⁹ <http://www.uslumbria1.gov.it/pagine/servizi-di-staff>

³⁰ <http://www.uslumbria1.gov.it/pagine/unita-operative-amministrative>

5. Formazione per la qualità

La diffusione delle conoscenze e lo sviluppo delle competenze sulle tematiche del presente Piano è una delle linee strategiche basilari per la crescita della cultura della qualità e della comunicazione nell'Azienda USL Umbria 1.

In base all'esperienza condotta in questi anni in questo campo le tipologie di percorsi formativi da programmare sono:

- corsi specifici sull'accreditamento istituzionale, con docenti qualificati sui Sistemi di Gestione della Qualità, indirizzati ai team che iniziano il percorso per il conseguimento dell'Accreditamento Istituzionale
- corsi di formazione per auditor interni del Sistema Qualità aziendale
- corsi di formazione-lavoro per sostenere lo sviluppo del sistema qualità (redazione/revisione e condivisione dei documenti) nelle UO
- eventi formativi tematici finalizzati alla diffusione condivisione e confronto su argomenti inerenti la qualità e la comunicazione
- altri percorsi formativi di norma "sul campo", per supportare progetti di miglioramento della qualità (es: definizione di PDTA, progetti di audit clinico ecc.)

La pianificazione della formazione in questi ambiti sarà effettuata annualmente in base agli obiettivi operativi da perseguire e sarà proposta dallo staff SQC oppure dalle Macrostrutture/Unità Operative aziendali, concordandola con lo staff stesso.

RISORSE ECONOMICHE

Per la realizzazione delle attività previste nel Piano Qualità 2019-2021 è necessario prevedere **risorse economiche** specifiche per:

- **l'accreditamento istituzionale** (l'entità di tali risorse sarà determinata dopo l'emanazione di regolamenti e procedure regionali per l'accreditamento istituzionale)
- **la formazione del personale** (nel Piano Formativo Annuale per i corsi pianificati dallo staff SQC o dai Dipartimenti/Distretti per lo sviluppo del Sistema Qualità)
- la digitalizzazione della gestione dei documenti del sistema qualità aziendale

MONITORAGGIO E VALUTAZIONE DEL PIANO

Il processo di valutazione consiste nel verificare la rispondenza tra la pianificazione e l'attuazione di ciò che è previsto dal piano, fino all'esame dell'efficacia e dell'efficienza dei processi di sviluppo delle azioni che il piano stesso stabilisce. In particolare ci sono tre livelli di valutazione:

- Verifica del raggiungimento degli obiettivi di miglioramento della qualità inseriti nelle schede di budget dello Staff Sviluppo Qualità e Comunicazione e/o assegnati alle Macrostrutture aziendali;
- Verifica dell'efficienza e dell'efficacia delle singole azioni (congruenza tra obiettivi e strumenti): in questo ambito deve essere verificato il funzionamento dei processi di sviluppo del sistema qualità aziendale e dei progetti di miglioramento derivanti dal Piano Qualità
- Monitoraggio periodico della gestione del sistema qualità dei servizi, attraverso l'esecuzione di audit interni, nonché audit esterni finalizzati al conseguimento dell'accreditamento istituzionale aziendale

LISTA DI DISTRIBUZIONE

Il Piano Qualità 2019-2021 sarà distribuito a:

- Direzioni di Presidio
- Direzioni di Dipartimento
- Direzioni di Distretto
- Direzioni dei Servizi di Area Centrale (servizi di staff e servizi amministrativi).

Come tutti i documenti del SGQ, questo Piano triennale, una volta approvato ed emesso sarà pubblicato nel sito intranet aziendale in formato Pdf al link

<http://www.uslumbria1.gov.it/pagine/atti-e-documenti-000>, in modo che ciascun operatore possa prenderne visione in qualsiasi momento.

La responsabilità della distribuzione è a due livelli³³:

1. il primo livello di responsabilità è in capo allo staff Sviluppo Qualità e Comunicazione. Questo livello è responsabile della trasmissione del documento ai destinatari inseriti nella lista di distribuzione;
2. il secondo livello di responsabilità è in capo a coloro che ricevono il documento dal primo livello. Costoro trasmettono a loro volta il documento ai professionisti delle strutture/servizi che lo dovranno applicare.

Inoltre la disseminazione si avvarrà del supporto degli RGQ (Responsabile Gestione Qualità) e FQ (Facilitatore Qualità), attraverso sessioni formative, riunioni, brevi incontri o altro strumento ritenuto appropriato.

³³ [PGS01 Gestione dei documenti e delle registrazioni](#)